

# FICHE DE LIAISON

Séjour concerné:

Dates:

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE :

SEXE F  M

ALLERGIES : NON  OUI  Précisez: .....

MALADIES: NON  OUI  Précisez: .....

TRAITEMENTS : NON  OUI  Précisez: .....

**Si oui joindre une ordonnance récente (l'originale) et les médicaments correspondants**

RÉGIME ALIMENTAIRE: .....

REMARQUES : .....

## LES RESPONSABLES LÉGAUX

PÈRE  MÈRE  TUTEUR

NOM PRÉNOM : ..... NOM PRÉNOM : .....

TÉLÉPHONE : ..... TÉLÉPHONE : .....

## VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq			
<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>			
Hépatite B			
Rubéole oreillons Rougeole			
Coqueluche			
BCG			
Autre (précisez)			

**L'enfant a-t-il eu une des maladies suivantes :**

Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme articulaire aigu  Scarlatine  Coqueluche

Otite  Rougeole  Oreillons

**(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et s'il y a lieu à rembourser l'association YOLO, le montant des frais médicaux avancés.

Nom Prénom du responsable:

Signature:

Date: